**TIPO DE INCIDENTE- Marque todos los que correspondan**

☐ Accidente o lesión o Enfermedad o problema de salud ☐ Incidente de comportamiento ☐ Queja por parte del cliente, la familia o el público☐ Dinero, propiedad, cheque o cupones de alimentos perdidos ☐ Uso de servicios de emergencia ☐ Presunto abuso/negligencia ☐ Otro incidente inusual

**Los siguientes cumplen con los criterios de Gestión Centralizada de Abusos:**

☐ Error de medicación con consecuencias adversas ☐ Persona desaparecida ☐ Hospitalización psiquiátrica ☐ Intervención de protección / Equipo que resulta en lesiones ☐ Intento de suicidio ☐ Hospitalización no planificada ☐ Agresión física ☐ Fallecimiento

**Nombre del cliente**: Haz clic o toca aquí para ingresar el texto.

**Fecha del incidente:** Haz clic o toca aquí para ingresar la fecha.

**Hora:** Haz clic o toca aquí para ingresar el texto.

**Lugar del incidente:** Haz clic o toca aquí para ingresar el texto.

**Persona que reporta:** Haz clic o toca aquí para ingresar el texto.

**Otros testigos:**  Haz clic o toca aquí para ingresar el texto.

**Otras personas notificadas:**  Haz clic o toca aquí para ingresar el texto.

¿Qué estaba sucediendo antes del incidente?: Haz clic o toca aquí para ingresar el texto.

**Describe en detalle el incidente (Sé específico y conciso: qué, cuándo, quién, dónde, por qué). Describe las lesiones en detalle completo.**

 Haz clic o toca aquí para ingresar el texto.

**¿Cuál fue la respuesta del personal al incidente?**

Haz clic o toca aquí para ingresar el texto.

**Sugerencias para resolver el problema.**

 Haz clic o toca aquí para ingresar el texto.

Firma de la persona completando el reporte:Haz clic o toca aquí para ingresar el texto.

Fecha:Haz clic o toca aquí para ingresar la fecha

Nombre impreso de la persona completando el reporte: